



AUTORIZACIÓN PARA EL USO, INTERCAMBIO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del participante:	Fecha de nacimiento del participante:
Número de teléfono del participante:	Correo electrónico del participante:

Al completar este documento (“**Autorización**”) se autoriza el uso y/o la divulgación de su información de salud protegida como se especifica a continuación. **En caso de no proporcionar toda la información solicitada, se puede invalidar esta Autorización.**

Por la presente autorizo a _____
(Nombre del programa de HealthRIGHT 360 y dirección donde se recibieron los servicios)

para usar y divulgar la siguiente información de salud identificable individualmente mía, incluida **información sobre trastornos por uso de sustancias** para el rango de fechas de (mes/año) _____ hasta el presente **o** mes/año _____.

- Todos los registros médicos o de salud mental incluidos en mi historial
- O**
- Solo los siguientes tipos de información de salud protegida (*marque según corresponda*):

Si usted es un cliente que recibe o ha recibido servicios de uno o más de los programas de salud conductual o salud mental de HR360, indique a continuación los elementos que nos autoriza a compartir:

- Plan de tratamiento de SUD y/o lista de problemas
- Resultados de laboratorio (*p. ej.*, resultados de análisis de orina)
- Diagnósticos
- Resultados de exámenes físicos
- Medicamentos actuales
- Notas/Resumen de progreso
- Datos de contacto de emergencia
- Plan de tratamiento de salud mental
- Resumen de salud mental de (fecha) _____ a (fecha) _____
- Resumen/Información de alta
- Información de VIH/SIDA
- Verificación de participación en el programa
- Resumen de admisión/evaluación
- Registros de facturación



AUTORIZACIÓN PARA EL USO, INTERCAMBIO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Si usted es un paciente que recibe o ha recibido servicios de una **clínica médica y/o dental de HR360, indique a continuación los elementos que nos autoriza a **compartir**:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento de SUD y/o lista de problemas
<input type="checkbox"/> Estudios de laboratorio e imágenes (<i>p. ej., resultados de análisis de orina</i>)
<input type="checkbox"/> Diagnósticos
<input type="checkbox"/> Resultados de exámenes físicos
<input type="checkbox"/> Medicamentos actuales
<input type="checkbox"/> Notas/Resumen de progreso
<input type="checkbox"/> Datos de contacto de emergencia | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento de salud mental
<input type="checkbox"/> Resumen de salud mental de (fecha)_____ a (fecha)_____
<input type="checkbox"/> Resumen/Información de alta
<input type="checkbox"/> Información de VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Registros de facturación
<input type="checkbox"/> Dental (subcategorías: visitas o radiografías) |
|--|---|

Divulgar la información solicitada a la(s) siguiente(s) persona(s) o entidad(es):

(Especifique el nombre de la persona u organización, la dirección postal y/o correo electrónico, según corresponda)

Nombre de la persona/organización receptora	Dirección postal (<i>si solicita que se envíe la información por correo</i>)	Correo electrónico (<i>si solicita que se envíe la información electrónicamente</i>)	# de teléfono y/o fax (<i>si solicita que se envíe la información por fax</i>)
			Tel: Fax:
			Tel: Fax:
			Tel: Fax:

Para los fines específicos de *(sea lo más específico posible):*



AUTORIZACIÓN PARA EL USO, INTERCAMBIO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

NOTA: Para contactos de emergencia, proporcione su Autorización para divulgarles información limitada, como su ubicación o un cambio en el nivel de atención, y anótelos en la sección anterior “fines específicos” y seleccione “Datos de contacto de emergencia” en las listas detalladas.

Mis derechos

Entiendo que mis registros de salud utilizados y/o divulgados de conformidad con esta Autorización pueden estar sujetos a una nueva divulgación por parte de los destinatarios. En algunos casos, dicha redivulgación no está prohibida por la ley estatal y es posible que ya no esté protegida por la ley federal. La ley de California prohíbe que el destinatario de mi información de salud protegida realice divulgaciones adicionales a menos que el destinatario obtenga otra autorización de mi parte o que dicha divulgación de información de salud protegida sea requerida/permitida por la ley. Mi información sobre trastornos por uso de sustancias no puede volverse a divulgar a menos que se obtenga otra autorización para dicha divulgación de mi parte, o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Además entiendo que:

- Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción con base en ella. La revocación debe hacerse por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y entregarse al programa de tratamiento de HealthRIGHT 360 mencionado anteriormente o a HealthRIGHT 360 en 1563 Mission Street, San Francisco, CA 94103, o enviarse por correo electrónico al departamento de Registros Médicos a medicalrecords@healthright360.org.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.
- Puedo negarme a firmar esta Autorización, y mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no se verán afectados si no firmo esta Autorización.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud protegida cuyo uso o divulgación se me solicita sujeto a esta Autorización.

A menos que revoque mi Autorización antes, entiendo que esta Autorización permanecerá en vigor hasta la fecha que se indica a continuación:

(Fecha de vencimiento de la Autorización; si se deja en blanco, la autorización vence un año después de la fecha de firma)



AUTORIZACIÓN PARA EL USO, INTERCAMBIO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

He tenido la oportunidad de revisar y entiendo el contenido de esta Autorización. Al firmar este formulario, confirmo que refleja mis deseos con precisión.

(Nombre del participante)

(Firma del participante)

(Fecha)

O firmado por un representante autorizado en nombre del participante:

(Nombre del representante autorizado)

(Firma del representante autorizado)

(Fecha)

Describa la relación del representante autorizado con el participante:

AVISO SOBRE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

Este registro que se le ha divulgado está protegido por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer divulgaciones adicionales de este registro a menos que se permita expresamente una mayor divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona cuya información se divulga en este registro o según lo permita el título 42 CFR parte 2. Una autorización general para la



AUTORIZACIÓN PARA EL USO, INTERCAMBIO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (véase §2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto según lo dispuesto en §§2.12(c)(5) y 2.65.